

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

А.А. Исайкина, И.В. Субель

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,
п. Городище, Республика Беларусь

Введение. Инвалидность – проблема, волнующая каждое государство и затрагивающая интересы всех слоев общества. По данным Министерства труда и социальной защиты ежегодно инвалидами признается около 3500 детей, а общее количество детей-инвалидов по республике составляет около 30 000.

В Республике Беларусь, процедура установления инвалидности детям осуществляется в соответствии с Международной классификацией нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН, 1980) и закреплена за службой медико-социальной экспертизы системы здравоохранения республики. В МКН сформулировано понятие «последствий» заболеваний. Однако МКН на данном этапе развития общества уже не отвечает современным требованиям, так как «последствия» концентрируют внимание на тех влияниях, которые может оказывать заболевание на конечный результат, но при этом теряются причинно-следственные связи, связанные со здоровьем. Например, известно, что дети, испытывающие хроническое чувство голода, жажды, небезопасности и др., часто «нездоровы» и имеют проблемы в области нормального обучения и развития.

Учитывая роль факторов социальной и физической окружающей среды, как на формирование «последствий» заболеваний, так и на их преодоление, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2001 г. была предложена мировому сообществу МКФ.

МКФ – это классификация «составляющих здоровья», которые определяют из чего оно состоит. Кроме того, она содержит перечень факторов внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку, в которой живет индивид. МКФ состоит из двух частей. Первая часть – функционирование и ограничение жизнедеятельности, которая включает: функции и структуры

организма; активность и участие. Вторая часть – факторы контекста, которая учитывает: факторы окружающей среды; личностные факторы.

В данной статье отражена попытка использования составляющих МКФ (функции и структуры) для реабилитационно-экспертной диагностики детей-инвалидов школьного возраста.

Общеизвестно, что реабилитационно-экспертная диагностика – это последовательный процесс, содержащий следующие четыре блока: клинико-функциональная диагностика; диагностики медико-биологических последствий; психологическая диагностика; социальная диагностика. Согласно МКФ, такие разделы, как «Функции» и «Структуры» относятся к первому блоку – клинико-функциональная диагностика и отражают направленность клинического (клинико-лабораторного, клинико-инструментального и др.) и экспертного поиска. Функции головного мозга рассматриваются как умственные функции, функции сердечно-сосудистой системы – как сердца, опорно-двигательного аппарата – как нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции и т. д. Структуры организма не рассматриваются как органы. Нарушение структуры может включать в себя аномалию, дефект, утрату или иное отклонение в структурах организма, однако патология, лежащая в их основе, не тождественна нарушению, но нарушения являются проявлением патологии.

Выделение нарушенных функций и структур, позволяет четко определить основные меры и точки приложения клинико-функционального блока реабилитационно-экспертной диагностики.

Таким образом, данный подход является базисом для описания функциональных и структурных нарушений каждого пациента с использованием общего (буквенно-числового) языка для врачей всех стран мира. При этом не требуется владение классификационными требованиями, принятыми для той или иной патологии в каждом государстве. Кроме того, это инструмент, которым могут пользоваться не только клинические службы, но и органы по труду, социальной защите, учреждения образования, общественные объединения и др.

Методы. Клинико-функциональное клинико-экспертное обследование детей школьного возраста с использованием буквенно-числового кода по разделам МКФ «Структуры» (s) и «Функции» (b) с добавлением определителей, которые являются числовыми кодами.

«Функции» содержат только один определитель, отражающий степень выраженности функциональных нарушений, где число 0 обозначает отсутствие нарушения, 1 – легкое нарушение, 2 – умеренное, 3 – тяжелое, 4 – абсолютное, 5 – не определено, 6 – не применимо.

«Структуры» имеют три определителя. Первый определитель обозначает выраженность нарушения структуры: 0 – нет нарушения, 1 – легкое, 2 – умеренное, 3 – тяжелое, 4 – абсолютное, 5 – не определено, 6 – не применимо. Второй определитель указывает характер нарушения структуры: 0 – нет изменений, 1 – полное отсутствие, 2 – частичное отсутствие, 3 – добавочная часть, 4 – aberrантное отклонение, 5 – нарушение целостности, 6 – изменение позиции, 7 – качественные изменения структуры, включая задержку жидкости, 8 – не определено, 9 – не применимо. Третий определитель позволяет закодировать локализацию нарушения структуры: 0 – более чем один регион, 1 – справа, 2 – слева, 3 – с обеих сторон, 4 – спереди, 5 – сзади, 6 – проксимально, 7 – дистально, 8 – не определено, 9 – не применимо.

В исследовании приняло участие 27 детей среднего школьного возраста (10-14 лет) и 13 детей младшего школьного возраста (6-9 лет). При анализе полученных результатов нами использовано – количество случаев, так как у одного и того же ребенка могло иметь место поражение нескольких функций или структур.

Результаты исследования. В соответствии с разделом МКФ «Функции», среди детей среднего школьного возраста было выявлено 69 случаев функциональных отклонений, обусловленных основной и сопутствующей патологией. В среднем это составило 2,5 нарушенные функции на одного пациента. Степень выраженности функциональной недостаточности в основном проявлялась легкими нарушениями – 62,3% случаев. Реже наблюдались умеренные нарушения (36,2%) функций и в одном (1,5%) случае – выраженные. Случаев резко выраженного дефекта и абсолютного отсутствия функции не выявлено. Нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций было выявлено в 30,4% случаях, что составило основной удельный вес, несмотря на то, что среди обследованного контингента лидировали пациенты с офтальмологической патологией. Сенсорные функции, в том числе зрение, были нарушены у 24,6% пациентов. Далее по количественной значимости следовали нарушения функций пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма (11,6%) и нарушения функций сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной систем (10,1%).

Функциональные нарушения, выявленные среди детей младшего школьного возраста были представлены 23 случаями, в среднем на одного ребенка приходилось 1,8 случаев функциональной недостаточности. Наиболее часто (30,4%) встречались нарушения сенсорных функций, далее следовали нарушения нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций (21,7%), функций сердечно-сосудистой, системы крови, иммунной и дыхательной систем (17,4%). Обращает на себя внимание тот факт, что среди лиц младшего школьного возраста чаще имели место выраженные нарушения (8,7%) по сравнению с предыдущим контингентом, но реже (60,9%) – легкие. Позицию в 30,4% занимали умеренные нарушения.

В соответствии с разделом МКФ «Структуры» проведен анализ структурных изменений среди лиц среднего и младшего школьного возраста. У лиц среднего школьного возраста имел место 51 случай вовлечения разных структур, в среднем на одного ребенка приходилось 1,9 пораженных структур. Среди лиц младшего школьного возраста было выявлено 20 случаев поражения структур, в среднем – 1,5.

Среди детей среднего школьного возраста наиболее часто (25,5%) выявлялись случаи изменения структуры глазного яблока. Несколько реже страдали структуры связанные с движением (23,5%) и структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системе (13,7%). Среди детей младшего школьного возраста наиболее часто (по 20,0%) выявлялись изменения в структурах сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем и структурах, связанных с движением. Кроме того, значим удельный вес (15,0%) случаев нарушения среди структур, участвующих в голосообразовании, речи и структур, относящихся к урогенитальной и репродуктивной системе.

Случаев нарушения структур, относящихся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе среди лиц младшего школьного возраста не было выявлено, что подтверждает рост показателей инвалидности по данной патологии среди лиц старших возрастных групп, особенно эндокринных заболеваний.

Степень выраженности структурных изменений чаще всего расценивалась как умеренная: у лиц среднего школьного возраста – в 37,2% случаев, у лиц младшего школьного возраста – у 45,0% случаев. Выраженные структурные изменения были выявлены у 13,7% и 10,0% соответственно, а легкие у 33,3% и 40,0% соответственно возрастным группам. Среди лиц среднего школьного возраста зарегистрирован один (2,0%) случай абсолютного отсутствия структуры – глазного яблока после травмы.

По характеру структурных изменений, наиболее часто выделялись качественные изменения структуры – у лиц среднего школьного возраста в 58,8% случаев, у лиц младшего школьного возраста в 65,0% случаев. Абберантные отклонения выявлены в 13,7% случаев среди лиц среднего школьного возраста и в 20,0% - младшего школьного возраста.

Выводы. Проведенная нами исследовательская работа позволила сделать первый шаг по применению разделов МКФ в рамках реабилитационно-экспертной диагностики пациентов до 18 лет, направленных в наше учреждение с целью уточнения степени выраженности ограничения жизнедеятельности и определения степени утраты здоровья в виду сложности принятия решения медико-реабилитационными комиссиями областей.

Проанализировав полученные результаты, мы думаем, что стандартизированная система кодирования поможет, во многих случаях, принимать обоснованное экспертное решение в процессе осуществления медико-социальной экспертизы лиц до 18 лет, а также контролировать необходимый объем реабилитационно-экспертной диагностики для объективизации, имеющихся структурных и функциональных нарушений, приводящих к ограничению жизнедеятельности.

Использование Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) для медико-социальной оценки состояния здоровья лиц до 18 лет предоставляет возможность уйти от наклеивания простых диагностических ярлыков, дает представление о функционировании и ограничениях жизнедеятельности детей в континууме в контексте их повседневной жизни и активности, что позволяет давать точное и конструктивное описание здоровья детей и определять области, требующие наибольшего внимания и приложения реабилитационно-экспертной помощи.